FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1965

THÈSE

n° 26

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jacques FASSINA

né le 15 août 1931 à Paris 9è

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

—

Présentée et soutenue publiquement le :

—

LES POLYARTHRITES RHUMATOIDES PSEUDO - GOUTTEUSES

—

Président : Mr. S. de SEZE, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1965 n°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Jacques FASSINA
Né le 15 août 1931 à Paris (9e)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et Soutenue publiquement le :

LES POLYARTHRITES RHUMATOIDES PSEUDO - GOUTTEUSES

Président : Mr. S. de SEZE, Professeur.

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
— — (Cochin)		OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique		JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C.) pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

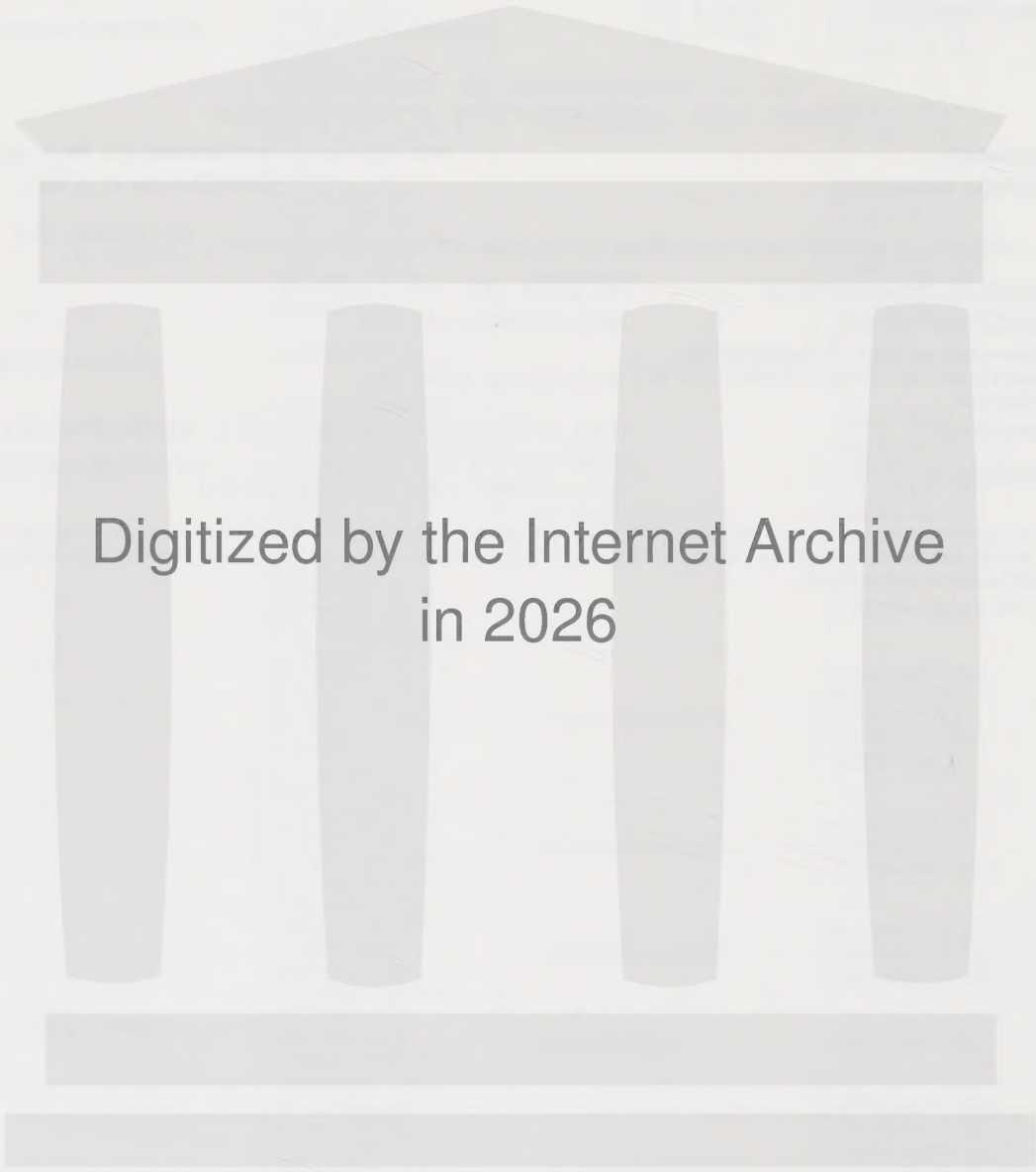
Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534917_0037

A Mon Père

A Ma Mère

- En témoignage de ma profonde affection

A tous les Miens

A tous mes Amis

A Mon Maître,

Monsieur le Professeur Stanislas de SEZE

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Laribcisière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

- Qui nous a fait le grand honneur de Présider cette Thèse.

Nous devons à son enseignement d'une Qualité incomparable l'essentiel de notre Formation rhumatologique

Qu'il daigne accepter ici le témoignage De notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur A. RYCKEWAERT

Médecin des Hopitaux de Paris

A Madame le Docteur Nina DEBEYRE

Médecin Assistant du Centre Viggo Petersen

- qui nous ont guidé et conseillé tout au long de ce travail.

- En témoignage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur A. MAZABRAUD

Médecin Assistant de Biologie

Chef du Laboratoire d'Anatomie-Pathologique
de la Clinique Médicale de l'Hopital Lariboisière

- En remerciement de l'aide qu'il nous a accordée en acceptant de se charger des examens histologiques de ce travail.

A Monsieur le Docteur A. DJIAN

Electro-Radiologiste Assistant des Hôpitaux

Radiologiste de l'Hôpital Franco-Musulman

A Messieurs les Médecins du Centre Viggo-Petersen

- Qu'ils veuillent bien accepter ici le Témoignage de notre reconnaissance pour Tout ce qu'ils nous ont appris.

A la mémoire de Monsieur le Docteur André LICHTWITZ

Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris
Grand Officier de la Légion d'Honneur

- En témoignage de notre respectueuse
Reconnaissance pour l'enseignement
Qu'il nous a dispensé.

A la Mémoire de Monsieur le Docteur Fernand LAYANI

Professeur au Collège de Médecine

Médecin des Hôpitaux de Paris

- Qui guida nos premiers pas en Médecine
Et nous donna le goût de la Rhumatologie

En témoignage de notre fidèle attachement
A sa mémoire et de notre profonde
Reconnaissance.

A Mes Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Paris

- Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur A. JULLIARD

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

- Qu'il soit ici remercié de l'aide qu'il
Nous accorda dans la réalisation de
Ce Travail.

Je remercie Madame Jacqueline FAGES Archiviste

Mademoiselle Françoise de LAPASSE Bibliothéraire

- De l'aide et des facilités qu'elles Nous ont données dans la recherche de la Documentation de cette thèse.

P L A N

Historique	Page	3
Méthodes		6
Polyarthrites rhumatoïdes pseudo-goutteuses		7
Enoncé des caractères pseudo-goutteux retenus		11
Fréquence des caractères		21
Observations		53
Gouttes pseudo-rhumatismales		69
Association goutte et polyarthrite rhumatoïde		73
Conclusions		75

La Polyarthrite rhumatoïde et la Goutte sont deux affections considérées comme de nature différente.

Actuellement leurs rapports sont tout à fait séparés et leur diagnostic, dans leur forme typique, ne pose en principe que peu de problèmes.

Pourtant pendant de nombreux siècles régna une confusion entre "la Goutte et le Rhumatisme" et la Polyarthrite rhumatoïde en particulier, confusion qui pour certains auteurs, persista jusqu'à ces dernières années.

Des relations en effet entre ces deux affections ont pu être évoquées, car la Polyarthrite Rhumatoïde (P.R.) peut prendre un ou plusieurs caractères de la Goutte (Polyarthrite pseudo-goutteuse) et à l'inverse la Goutte peut simuler parfois une P.R. (goutte pseudo-rhumatismale). Dans certains cas enfin, il est possible de soupçonner une association de ces affections chez un même malade.

Nous nous sommes efforcés d'analyser pour quelles raisons une Polyarthrite Rhumatoïde a pu simuler la goutte ; parmi les consultants de la Clinique Médicale de l'Hopital Lariboisière, Service du Professeur S. de Sèze, centre de Rhumatologie Viggo-Petersen.

H I S T O R I Q U E

L A G O U T T E E T L E R H U M A T I S M E

La médecine hippocratique connait la Goutte et la distingue des autres maladies articulaires.

Les Asclépiades la nomment Podagre et la différencient de l'Arthritis, c'est-àdire du Rhumatisme Articulaire Aigu. Ils savent qu'elle frappe les hommes avec prédilection et rarement les enfants et les femmes avant la ménopause.

Mieux instruits des causes, des signes et de l'évolution de la Podagre, les médecins d'Alexandrie et de Rome la confondent pourtant avec les maladies rhumatismales chroniques, englobant dans une même affection Arthritis et Podagre, et probablement Polyarthrite rhumatoïde (P.R.) et Podagre.

" Les noms d'Arthritis et de Podagre n'expriment que des différences de siège ; ils ont même valeur nosologique et relèvent du même traitement. " (SORANUS).

" l'Arthritis est un nom commun aux douleurs des articulations en

général, la douleur particulière du pied prend le nom de Podagre ". (ARETEE de CAPPADOCE).

Cette confusion entre Goutte et maladies rhumatismales chroniques ne cessera qu'au XIXe siècle.

Des médecins de Byzance (découverte des propriétés du Colchique d'automne) à la Renaissance, peu d'acquisitions, si ce n'est que le terme de Goutte apparait.

Bien que certains auteurs, tels CARDAN et BAILLOU s'élèvent contre cette confusion Goutte - Maladies Rhumatismales, celle-ci va devenir totale.

Au XVIIe siècle pourtant, SYDENHAM dans son Traité de la Podagre, donne de l'accès de goutte une description très minutieuse et réaffirme la distinction entre goutte et rhumatisme.

A la fin du XVIIIe siècle, l'acide urique est identifié dans les tophus par TENNANT et PEARSON.

Au XIXe siècle, A.B. GARROD met en évidence l'hyperuricémie goutteuse. Grâce à cette signature humorale, la goutte va se séparer enfin des rhumatismes chroniques et notamment de la Polyarthrite Rhumatoïde dont A.E. GARROD sous le nom de "Rheumatoid Arthritis" (1890), et surtout CHARCOT sous celui de "Rhumatisme articulaire chronique progressif " (1853) terminent la description commencée par LANDRE - BEAUVAIS (1799) et HAYGARTH (1805).

Malgré les travaux de A.B. GARROD, de CHARCOT, et de A.E. GARROD, une certaine confusion va cependant persister pour certains auteurs jusqu'à ces dernières années, confusion qu'entretiendra M.P. WEIL avec le terme de Rhumatisme goutteux, employé pour la première fois semble-t-il par SCUDAMORE et TRASTOUR.

M.P. WEIL écrivait à ce sujet : "Le rhumatisme goutteux est le rhumatisme du à la diathèse goutteuse."

" On ne répétera jamais assez qu'on ne peut pas opposer la goutte, qui est une entité morbide, au rhumatisme qui n'est qu'une modalité réactionnelle d'étiologie diverse, et que la goutte peut réaliser au niveau de la plupart des articulations tous les symptomes et toutes les lésions de ce qu'il est convenu d'appeler le rhumatisme ".

" Par rhumatisme goutteux il faut entendre un état rhumatismal dont la goutte est la cause ". (63).

COSTE et son Ecole avec d'autres cliniciens français s'élevaient au contraire contre cette conception de rhumatisme goutteux : " l'entité rhumatisme goutteux est une erreur où l'on mélange des gouttes dégradées, asthéniques, pluri-articulaires ou ab-articulaires et des coexistences entre goutte et rhumatisme chez un même sujet. Dans ces deux éventualités, la goutte y conserve sa personnalité : dans la première, elle imite de loin les affections rhumatismales, dans la seconde elle s'associe à l'une d'elles mais, ni dans l'une, ni dans l'autre, elle ne se transforme en l'une des maladies rhumatismales que nous connaissons " (4)

A l'heure actuelle, ce problème semble enfin résolu, la grande majorité des cliniciens admettant cette séparation.

METHODES

Parmi les P.R. suivies régulièrement au Centre Viggo Petersen, nous avons d'une part , pris au hasard une série de 94 malades que nous avons étudiés au point de vue clinique, radiologique, biologique et thérapeutique, recherchant plus particulièrement les caractères pouvant faire songer à la Goutte.

Nous avons étudié, d'autre part, toutes les observations où le diagnostic reflète une similitude entre Polyarthrite Rhumatoïde et Goutte. Parmi ces observations, nous n'avons retenu que celles où un des éléments au moins du tableau clinique, radiologique, biologique ou thérapeutique était évocateur de celle des deux affections que n'avait pas le malade.

Ces observations étudiées sont celles des malades venus consulter au Centre Viggo-Petersen de 1954 à 1963.

POLYARTHRITES RHUMATOIDES

PSEUDO - GOUTTEUSES

WEISSENBACH et F. FRANÇON signalent en 1932 le mode de début pseudo-goutteux possible de la polyarthrite rhumatoïde, par l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

Puis FRANÇON, Mme BELOT et EXPERTIER mentionnent l'association possible au cours de certaines P.R. de nodosités sous-cutanées et de géodes osseuses rappelant la goutte chronique tophacée (10).

Par la suite, J. FRANÇON dans sa thèse note que la Polyarthrite rhumatoïde masculine se rapproche parfois cliniquement de la goutte chronique tophacée : "c'est avec la goutte que la polyarthrite masculine prête le plus souvent à confusion... Au début, les poussées aigues ou subaigues d'une polyarthrite, surtout lorsqu'elles frappent les articulations des membres inférieurs, peuvent simuler un accès de goutte mono ou poly-articulaire". (12).

En 1944, H. THIERS rapporte l'observation d'une "Polyarthrite généralisée et déformante", ayant commencé par une fluxion du gros orteil d'allure goutteuse, chez une jeune femme d'une trentaine d'années. (58)

Cette même localisation initiale est signalée par J.A. LIEVRE en 1956 (29), et par R. RUFFIE, A. FOURNIE et M. CARBONNE

en 1962 (44).

A la Réunion générale de la Ligue Française contre le Rhumatisme de 1959, P.P. RAVAULT, G. VIGNON et E. LEJEUNE, à propos des formes atypiques de la polyarthrite rhumatoïde, brossent le tableau de la forme "pseudo goutteuse de la polyarthrite rhumatismale". (37 - 38). P. ROSSELET, leur élève, reprendra ce travail dans sa thèse (40), rapportant 12 observations recueillies sur 800 dossiers de Polyarthrites Rhumatoides. Il donne de la P.R. pseudo-goutteuse un tableau clinique d'ensemble :

Survenant volontiers sur un terrain masculin pléthorique, le début peut en être brutal ou progressif, le plus souvent oligo-articulaire, rarement mono-articulaire, l'aspect des articulations frappées est modérément inflammatoire. Trois caractères essentiels caractérisent, pour les auteurs cette polyarthrite pseudo-goutteuse : la fréquence des atteintes oligo-articulaires et leur tendance à la fixité ou à la récidive locale. L'existence de nodosités sous-cutanées uniques ou multiples de volume et consistance variables, siégeant le plus souvent aux membres supérieurs : doudes et crêtes cubitales, parfois face dorsale des doigts, rarement aux membres inférieurs.

Les lésions radiologiques de ces polyarthrites réalisent des images géodiques osseuses de grande dimension (5 à 10 millimètres de diamètre) rompant parfois la corticale, réalisant un

aspect en hallebarde.

Par contre, l'uricémie est normale et la recherche du facteur rhumatoïde le plus souvent positive.

L'évolution de ces polyarthrites pseudo-goutteuses ne présente aucune particularité.

En 1961, MOLE et ARLET rapportent l'observation d'une polyarthrite nodulaire avec macro-géodes de l'olécrâne droit et des épiphyses radiales inférieures droite et gauche (33).

Nous avons dans ce travail cherché à étudier non seulement la Polyarthrite pseudo-goutteuse telle qu'elle fut décrite par P.P. RAYNAUT, mais également les différents caractères qui, rencontrés au cours d'une polyarthrite rhumatoïde, peuvent faire songer à la Goutte.

Nous énoncerons en premier les caractères pseudo-goutteux que nous avons retenus et qui, rencontrés au cours d'une P.R. , peuvent faire songer à la Goutte.

Nous étudierons ensuite la fréquence de ces caractères sur 94 patients pris au hasard et suivis pour Polyarthrite Rhumatoïde.

Nous rapporterons enfin neuf observations de P.R. présentant un ou plusieurs de ces caractères.

I.- ENONCE DES CARACTERES PSEUDO-GOUTTEUX RETENUS.

A.- Début par une mono-arthrite inflammatoire du membre inférieur.

B.- Poussées articulaires fluxionnaires colchico-sensibles en cours d'évolution.

C.- Nodule pseudo-tophacé.

D.- Lésions radiologiques :

- images osseuses géodiques égales ou supérieures à 5 millimètres.
- lésion de la 1ère articulation métatarso-phalangienne avec grosses géodes.
- pied hérissé avec ou sans exostose calcanéenne.

E.- Hyperuricémie

F.- Antécédents familiaux de Goutte.

A.- DEBUT PAR UNE MONO-ARTHRITE INFLAMMATOIRE

Le début d'une polyarthrite rhumatoïde pourra être évocateur de goutte par son siège, son début brutal, son allure inflammatoire.

Alors que la première crise de goutte est mono-articulaire dans 88% des cas pour de SEZE et RYCKEWAERT (55), 92% pour SERANE et BONNIOT, la localisation initiale d'une polyarthrite rhumatoïde à une seule articulation est plus rare : 15% pour L. ISRAEL et A.M. FOURNIER (18), 10% pour BOLAND, SHORT ABRAMS et SARTWELL l'observant dans 1/6 des cas.

Les articulations du membre supérieur sont rarement touchées lors d'un premier accès goutteux : 7 fois sur 180 pour de SEZE et RYCKEWAERT (55)

Localisations	Mac Cracken et coll 1000 cas	Sérane et Bonniot 136 cas	Arlet et coll 128 cas	Barcelo et coll 410 cas	Série personnelle 180 cas
Métatarso-phalangienne du gros orteil	78 %	56 %	62, 5 %	60, 4 %	77 %
Autres articulations du pied	21 %	4 %	11 %	1, 8 %	7, 2 %
Cheville	21 %	10 %	15, 6 %	16; 8 %	12 %
Genou	9 %	11 %	14 %	9, 5 %	10 %
Articulations des doigts	4 %	2 / 136		0, 7 %	3, 9 %
Poignet	5 %	2 / 136		1, 9 %	3 / 180

Localisation de la première crise de Goutte

d'après De Sèze et Ryckewaert.

Pour ces raisons, nous rechercherons dans notre série, un début mono-articulaire, localisé au membre inférieur ; ce début devra être également brutal, s'accompagner d'un gonflement de l'article intéressé, d'une augmentation de la chaleur locale et surtout d'une rougeur très marquée de la peau.

Nous n'avons pas pu faire préciser de façon sure par nos malades la durée de cette mono-arthrite initiale.

La durée de la première crise de goutte semble d'ailleurs assez variable.

Durée de la première crise de goutte chez 180 malades que l'accès ait été correctement traité ou non.
(d'après de Sèze et Ryckewaert).

Durée de la 1ère crise	d ⩽ 5jours	5 < d ⩽ 10j	10 < d ⩽ 30	31 < d ⩽ 60	d > 60
Nombre de malades	49	53	63	6	9
	27, 2%	29 %	35%	3, 3%	5 %

B.- POUSSEES ARTICULAIRES FLUXIONNAIRES COLCHICO-SENSIBLES EN COURS D'EVOLUTION.

Que ces fluxions soient mono ou poly-articulaires, siègent au membre supérieur ou inférieur, elles doivent être de début brutal, s'accompagner d'un gonflement plus ou moins important, d'une augmentation de la

chaleur locale et surtout d'une rougeur vive des téguments, ce dernier trait les distinguant des poussées évolutives avec gonflement articulaire assez fréquentes au cours de la Polyarthrite rhumatoïde.

C.- NODULES PSEUDO-TOPHACE

Le volume, la coloration, la consistance des tophus sont variables mais certains de leurs caractères sont assez évocateurs : le volume important, surtout si la nodosité siège au coude, peut faire penser à un tophus. La coloration blanche ou blanc jaunâtre n'est pas pathognomonique du tophus mais assez particulière à lui, quand il infiltre le derme.

La consistance ferme, la dureté pierreuse, régulière ou inégale d'un nodule peut parfois le faire ressembler à un tophus.

D.- LES LESIONS RADIOLOGIQUES

Les images géodiques de grande dimension, les encoches, le pied hérissé sont des aspects que l'on rencontre fréquemment au cours des arthropathies goutteuses chroniques.

Les géodes sont des zones arrondies ou ovalaires radio-transparentes. Leur clarté est généralement franche, homogène et leurs bords très nettement dessinés, quelquefois polycycliques, elles semblent correspondre alors à la fusion de plusieurs cavités primitivement distinctes. Elles siégent avec prédilection sur les os des mains et des pieds et leur

constatation est assez évocatrice de goutte au premier abord, du moins quand elles sont volumineuses. Nous n'avons retenu que les géodes ayant un diamètre supérieur ou égal à 5 millimètres, sur les os des mains et des pieds.

R.J. WEISSENBACH, P. GRUCHOT, P. ROBERT et F. FRANÇON ont individualisé en 1935 le pied hérissé de la goutte à partir de 7 observations (6 hommes et 1 femme) (66). Ce hérissement ostéophytique du dos du pied, isolé ou associé à une exostose sous ou rétro-calcanéenne est assez spécial à la goutte mais n'en n'est pas pathognomonique.

L'arthropathie métatarso-phalangienne du gros orteil est radiologiquement la plus fréquente des arthropathies uratiques du pied, associant, pincement , ostéophytose et souvent images géodiques volumineuses.

E.- L'HYPERURICEMIE

L'hyperuricémie est presque constante chez le goutteux. JACOBSON, chez 21 goutteux trouve dans 98% des cas, une uricémie supérieure à 70 mg/l.

Nous avons chez tous nos malades fait un dosage d'uricémie par la méthode colorimétrique de Folin, variante du Grigaut.

Ce dosage fut effectué chez la plupart de nos malades pendant trois jours consécutifs et chez tous nos malades nous avons supprimé la

prise d'acide acétyl salicylique la veille et le jour des dosages.

En effet, en 1958, G. VALETTE, S. SAVEL et A.M. TARD (60) et en 1960 S. SAVEL (46) ont attiré l'attention sur les interférences dues à la présence dans le sang de substances de nature phénolique. Or, ces substances, en particulier l'acide acétyl salicylique, forment un des traitements de base de la Polyarthrite Rhumatoïde. Les mêmes auteurs trouvent que les résultants de la méthode colorinétrique sont supérieurs d'au moins 20% à ceux de la méthode enzymatique chez 80% des sujets traités par l'acide acétyl salicylique.

Nous avons effectué ce dosage pendant trois jours consécutifs, non seulement pour éliminer l'hypothèse d'une erreur mais surtout pour établir une moyenne des variations spontanées assez importantes de l'uricémie, variations qui peuvent atteindre jusqu'à 20 mg./l. d'après JACOBSON.

Nous nous sommes assurés d'autre part que nos malades ne prenaient ni urico-éliminateur, ni diurétique, ni vitamine C.

Nous avons d'autre part, étudié ces uricémies selon que le traitement de nos malades comportait de la cortisone ou pas.

En vue de rechercher une explication aux chiffres d'hyperuricémie, pour chaque malade un bilan rénal (albuminurie, Van Slyke,) et une numération formule sanguine furent demandés afin d'éliminer une insuffisance rénale ou une hémopathie éventuelles.

F.- ANTECEDENTS FAMILIAUX DE GOUTTE

Nous n'avons retenu que les cas certains d'antécédents familiaux de goutte

---

II. CLASSIFICATION DES 94 POLYARTHRITES RHUMATOIDES DE NOTRE SERIE .

- 22 hommes
- 72 femmes, dont 63 ménopausées.

Classification d'après les critères de l'American Rheumatic Association

	Polyarthrites classiques	Polyarthrites définies
Hommes	17	5
Femmes	66	6
Total	83	11

- 70 polyarthrites avec réaction de Waaler Rose positive (taux de dilution minimum de 1/32e)
- 22 polyarthrites avec Waaler Rose négatif mais réaction au Latex positive - (taux de dilution minimum de 1/80e)
- 2 polyarthrites à sérologie négative.

	d < 5 ans	5a < d < 10	10a < d < 15	15 < d < 20	d > 20 a
Hommes	5	3	5	3	6
Femmes	12	13	16	9	22
Total	17	16	21	12	28

Classification d'après la durée d'évolution

	Traitement cortisonique	Traitement non cortisonique	Total
Hommes	12	10	22
Femmes non ménopausées	7	2	9
Femmes ménopausées	45	18	63
Total	64	30	

Classification d'après le traitement cortisonique ou non

Classification évolutive d'après les critères de STILLBROCKER

	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Hommes		10	10	2
Femmes	2	12	43	15
Total	2	22	53	17

III. FREQUENCE DES CARACTERES PSEUDO - GOUTTEUX.

A.- DEBUT PAR UNE MONO-ARTHRITE FLUXIONNAIRE DU MEMBRE INFERIEUR

Six de nos polyarthrites ont débuté par une fluxion mono-articulaire du membre inférieur :

- 3 hommes soit 13, 6 %
- 3 femmes soit 4, 1 %

L'étude statistique de ces deux pourcentages montre que la différence que nous trouvons dans notre série témoin n'est pas significative pour P. $<$ 5 % . Dans notre série $T = \frac{d}{\sigma d} = 1, 8$. Le T pour P. $<$ 0,05 est de 2.

Nous avons observé :

- 5 localisations primitives à la tibio-tarsienne, trois hommes et deux femmes
- 2 atteintes initiales du genou : deux femmes
- 1 fluxion articulaire du gros orteil.

Il est à noter cependant qu'un plus fort pourcentage de début mono-articulaire dans les polyarthrites chroniques masculines a été signalé par quelques auteurs : MAYNARD dans sa thèse, rapporte un début mono-articulaire 11 fois sur 24 (32).

H. THIERS note un début mono-articulaire 11 fois sur 112, mais ne précise pas si celui-ci est fluxionnaire (58).

J. FRANCON, également dans sa thèse, sur 80 cas de Polyarthrite masculine donne un pourcentage de 35% de début mono-articulaire mais seulement dans 7 cas, soit 14, 4% ce début fut aigu et fluxionnaire (12).

B.- FLUXIONS ARTICULAIRES COLCHICO-SENSIBLES EN COURS D'EVOLUTION

Six fois, nous avons observé la survenue en cours d'évolution de fluxions articulaires, soit 6,3 % des 94 P.R. étudiées dans notre série (3 hommes, soit 13,6 % et 3 femmes soit 4, 1 %).

L'étude statistique de ces deux pourcentages montre que la différence que nous trouvons dans notre série témoin n'est pas significative pour P. $<$ 5 % . Dans notre série $T = \frac{d}{\sigma d} = 1, 8$. Le T. pour P. $<$ 0,05 est de 2.

Nous avons isolé ces fluxions non pas tellement sur le gonflement modéré ou important et l'augmentation de la chaleur locale, fréquents au cours de beaucoup de polyarthrites chroniques que sur la rougeur vive, très marquée des téguments.

Chez un seul de nos six malades, ces fluxions s'accompagnaient d'une poussée thermique.

La durée d'évolution de ces 6 polyarthrites rhumatoïdes s'étale de 3 à 20 ans avec un maximum de fréquence vers 13 ans (3 malades).

Nous n'avons jamais noté de poussée mono-articulaire : toutes ces fluxions furent oligo-articulaires, touchant de 2 à 3 articulations.

Les articulations le plus souvent touchées étaient celles de la main : métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes proximales, associées à une atteinte d'une articulation tibio-tarsienne chez 3 de nos malades, à une atteinte du poignet dans un quatrième cas ; le sixième malade avait présenté des fluxions d'un poignet et d'une cheville.

Nous n'avons jamais observé de fluxion articulaire du gros orteil.

Trois de ces six malades ayant présenté en cours d'évolution des fluxions articulaires ont reçu de la colchicine au début de leur affection (observation nº 1) : aucun ne réagît favorablement à ce traitement.

Dans notre série de 94 polyarthrites rhumatoïdes, ces fluxions articulaires en cours d'évolution sont donc rares : 6 cas, soit 6, 3 %.

- Elles ne sont jamais mono-articulaires
- dans aucun cas, elles n'ont atteint le gros orteil bien que cela puisse se voir.

  Nous devons noter à l'inverse que presque tous les goutteux ont des crises à ce niveau tout au long de leur maladie : 96 % pour de SEZE et RYCKEWAERT, 95 % pour WILLIAMSON et 96 % dans la série de MAC CRACKEN et coll. (55).
- leurs limites sont moins nettes que celles des fluxions goutteuses.

- leur intensité est moindre que celle des crises de goutte.
- leur durée semble plus prolongée
- enfin, elles sont colchico-résistantes, tout au moins dans les trois cas de notre série soumis à ce traitement.

C.- NODULES SOUS CUTANES PSEUDO-TOPHACES

Dans notre série, sur 15 polyarthrites rhumatoïdes nodulaires, 4 malades présentaient des nodules pseudo-tophacés, tels que nous les avons définis à l'énoncé des caractères.

- dans deux cas, nous avons observé des nodules volumineux localisés :
  - aux coudes au cours d'une polyarthrite masculine évoluant depuis 18 ans (obs. nº 2).
  - àla face palmaire de la IIe phalange du pouce au cours d'une polyarthrite féminine classique évoluant depuis 22 ans.
- un cas de nodule pseudo-tophacé par sa consistance, comportant des concrétions dures, pierreuses au sein d'une tuméfaction plus molle et par sa couleur blanchâtre (obs. nº 1).
- un cas de nodule blanc jaunâtre pouvant évoquer un tophus (obs. nº 3).

Un examen anatomo-pathologique fut effectué sur 8 de ces 15 P.R. nodulaires, dont 3 des nodules pseudo-tophacés (obs. 2 - 3), le 3ème nodule pseudo-tophacé fut biopsié au début de l'affection. (obs. 1).

Pour chaque nodule furent pratiquées des colorations de mise en évidence de l'acide urique : réaction à la murexide et réaction au nitrate d'argent ammoniacal : ces recherches ne sont toutes révélées négatives.

L'examen histologique et histochimique (fig. 1-4-5-), montre dans tous les cas les lésions du nodule rhumatismal avec ses trois zones concentriques :

- centrale, de nécrose fibrinoïde éosinophile.
- intermédiaire : de fibroblastes rangés en palissade
- périphérique, de tissu fibreux infiltré de lymphocytes et plasmocytes.

Bien que le tophus goutteux puisse dans certains cas comporter également une zone de nécrose (30), il ne semble pas exister de confusion histologique possible, la présence d'acide urique distinguant formellement le tophus du nodule rhumatismal.

D.- LESIONS RADIOLOGIQUES

- Images géodiques de diamètre égal ou supérieur à 5 millimètres (fig. 8).

De telles images furent retrouvées chez 17 malades (7 hommes - 10 femmes), soit 18,1 % de notre série.

La comparaison statistique de la différence de pourcentage entre les femmes et les hommes n'est pas significative pour cette série.

Il s'agissait dans tous les cas de Polyarthrite Rhumatoïde classique suivant les critères de l'American Rheumatic Association :

Localisation des géodes	Nombre de P.R. ayant des images géodiques de cette localisation	
Mains	12	12, 7 %
Pieds	5	5, 3 %

Dans 3 cas, nous avons retrouvé une atteinte géodique à la fois des mains et des pieds.

Répartition des lésions suivant la durée d'évolution

série personnelle

Durée d'évolution	Métacarpo-phalangiennes II et III	Métacarpo-phalangiennes I - IV - V	Métatarso-phalangienne I	Métatarso-phalangienne V	Métatarso-phalangiennes II - III-IV
d < 5 ans	1				
5 ans < d < 10 ans				1	
10 ans < d < 15 ans	1		1		1
15 ans < d < 20 ans	5	1	1		
d > 20 ans	7	2	1	3	
TOTAL	14	3	3	4	1

Les images géodiques de grande dimension s'observent donc surtout au cours des Polyarthrites évoluant depuis de nombreuses années.

Elles prédominent aux deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes, comme au cours de toute Polyarthrite Rhumatoïde.

Aux mains, nous n'avons noté qu'une seule atteinte de l'articulation interphalangienne proximale et, aucune atteinte des inter-phalangiennes distales.

Au niveau de l'articulation du poignet, nous avons rencontré 9 géodes volumineuses de l'extrémité inférieure du radius et 5 géodes localisées au cubitus.

Aux pieds, nous notons surtout une atteinte des 1ère et 5ème métatarso-phalangiennes.

Nous n'avons observé que 2 atteintes de l'interphalangienne du 1er orteil et dans un seul cas les 2 articulations du gros orteil étaient touchées.

Au niveau des articulations métacarpo- et métatarso-phalangiennes, les lésions géodiques de grande dimension prédominent sur les extrémités métacarpiennes et métatarsiennes.

Pied hérissé avec ou sans exostose calcanéenne - (fig. 2)

Un hérissement ostéophytique du dos du pied fut retrouvé chez 24 de nos malades , (6 hommes - 18 femmes), soit 25, 5% de notre série.

Il s'agit de polyarthrites rhumatoïdes évoluant depuis de

nombreuses années, puisque la moyenne d'évolution se situe autour de 19 ans.

Exostose sous et rétro-calcanéenne

37 de nos malades, soit 39,3 %, présentaient une ostéophytose sous et rétro-calcanéenne (12 hommes, 25 femmes). La différence de pourcentage entre les hommes (54,5%) et les femmes (34,7%) serait ici hautement significative pour P 1 %.

- exostose sous calcanéenne = 25 soit 26, 5 %
- exostose rétro calcanéenne = 12 soit 12, 7 %

5 fois nous avons noté une association d'ostéophytose sous et rétro-calcanéenne.

16, parmi ces 37 polyarthrites, évoluent depuis au moins 15 ans.

Grandes encoches osseuses (fig. 8)

Elles furent retrouvées chez 8,5% de nos malades (5 hommes et 3 femmes).

Calcifications artérielles pédieuses ou tibiales postérieures.

4 hommes et 6 femmes, soit 10, 5 % de nos P.R. présentaient de telles calcifications.

Association de ces différentes lésions

5 malades associaient de grosses images géodiques à un pied hérissé.

Un seul malade était porteur en plus des deux lésions

précédentes d'exostose calcanéenne.

Commentaires

- Les images géodiques de grande dimension semblent donc assez fréquentes puisque 18, 1 % de nos malades en étaient porteurs.

Elles s'observent surtout au cours des Polyarthrites rhumatoïdes anciennes.

Elles atteignent avec prédilection les IIe et IIIe articulations métacarpo-phalangiennes et les Ières et Vème métatarso-phalangiennes.

Dans notre série, nous retrouvons 12, 7 % de lésions aux mains et 5, 3 % aux pieds. Nous voyons que ces pourcentages, beaucoup plus faibles que dans la goutte tophacée, sont inversés, la Polyarthrite rhumatoïde touchant surtout la main.

De SEZE et RYCKEWAERT (55), sur 50 cas de goutte tophacée, retrouvent en effet dans 32% des cas, des lésions identiques aux mains et dans 40 % des cas de telles images aux pieds.

Dans 50 cas de goutte non tophacée, cas où les géodes présentent un intérêt diagnostique plus grand que dans la goutte tophacée, le tableau clinique n'étant en général pas aussi riche, ces mêmes auteurs ne retrouvent que 2 % de lésions aux mains et aucune atteinte des pieds, soit un pourcentage beaucoup plus faible que dans notre série de P.R.

L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est touchée dans 84 % des gouttes tophacées et 38 % des gouttes non tophacées, d'après

de SEZE et RYCKEWAERT.

Nous n'avons retrouvé que 3, 1 % d'atteinte de cette articulation et 5, 4 % d'atteinte de la Vème métatarso-phalangienne (26 % dans la Goutte tophacée).

La polyarthrite Rhumatoïde frappe avec prédilection au pied la Vème métatarso-phalangienne, ce fait a été signalé par de nombreux auteurs : FLETCHER et ROWLEY (8) - ISELIN et FOURNIER (18),- FRANÇON (12) et VERHAEGHE (61).

Enfin, nous n'avons jamais rencontré de lésions géodiques des interphalangiennes distales à l'inverse de la goutte : 34 % d'atteinte dans la goutte tophacée d'après de SEZE et RYCKEWAERT (55).

- 25, 5 % de nos malades présentaient un pied hérissé. De SEZE et RYCKEWAERT le retrouvent dans 62 % des gouttes tophacées et 18 % des gouttes non tophacées. Dans ce dernier cas, le pied hérissé semble par conséquent légèrement moins fréquent que dans la Polyarthrite Rhumatoïde.

SERRE et SIMON (49) étudiant 60 P.R. et 60 gouttes tophacées ou non, retrouvent un pied hérissé dans 55 % des gouttes et 25 % des polyarthrites Rhumatoïdes ; ce dernier pourcentage est proche du notre.

- nous avons observé 39, 3 % d'exostose calcanéenne et 10, 6 % de calcifications artérielles pédieuses ou tibiales postérieures.

SERRE et SIMON (49) sur la même série que précédemment donnent 51 % d'exostose calcanéenne et 3 % de calcifications artérielles.

URO et PARIENTE (59) retrouvent 12 % d'exostose calcanéenne au cours des P.R. confirmées, pourcentage inférieur à celui de SERRE et SIMON et à celui de notre série.

Dans la goutte SERRE et SIMON (49) donnent 37 % d'ostéophytose calcanéenne et 37 % de calcifications artérielles.

E.- L'HYPERURICEMIE

I.- Valeurs de l'uricémie dans notre série témoin de 94 polyarthrites rhumatoïdes.

a.) Polyarthrites rhumatoïdes masculines

1.) L'uricémie calculée sur 22 cas de P.R. est de :

56, 1 mg / 1. $\pm$ 11,1

6 malades ont une uricémie supérieure à 60 mg / 1. :

63 mg/1. - 69 mg/1. (4 cas) - 70 mg/1.

chez 1 malade, l'uricémie dépassait le taux de 70 mg/

77 mg / 1.

2.) 12 de ces 22 P.R. sont sous traitement cortisonique

leur uricémie est de 52,7 mg / 1. $\pm$ 10, 1

L'uricémie des 10 P.R. non cortisonées est de 61 mg / 1. $\pm$ 10, 7, donc nettement supérieure à celle des malades cortisonés.

L'étude statistique montre que cette différence de 8,9 mg / 1. est significative pour P. inférieur à 0,05.

b.) Polyarthrites rhumatoïdes féminines

1.) Dans le groupe des femmes non ménopausées (9 cas)

l'uricémie est de : 42, 3 mg/l. $\pm$ 5,7.

Nous n'avons pas observé de taux supérieurs à 55 mg/l.

2.) Dans la série des femmes ménopausées (62 cas) nous avons obtenu une uricémie de 44,4 mg/l. $\pm$ 13

5 malades avaient une uricémie supérieure à 55 mg/l.

56 - 57 - 58 - 59 - 60 mg/l.

Pour 5 malades, cette uricémie dépassait 60 mg/l.

61 - 63 - 65 - 74 - 91 mg/l.

Le traitement comportait des corticoïdes chez 45 de ces malades dont l'uricémie est : 43,6 mg/l. $\pm$ 12,3

Chez 17 malades non cortisonées, nous avons obtenu une uricémie de 46,6 mg/l. $\pm$ 10,6

Cette différence entre P.R. cortisonées et P.R. non cortisonées n'est pas significative :

($T = \frac{d}{\sigma d} = 1$, T pour P. inférieur à 0,05 est de 2).

II.- Comparaison avec une série témoin

Nous avons constitué une série témoin de 137 hommes, fonctionnaires de l'enseignement, qui se sont prêtés volontairement à un dosage d'uricémie et une série témoin de 50 femmes ménopausées.

a.) Polyarthrites rhumatoïdes masculines

L 'uricémie de la série témoin ($53 \pm 9,4$) est légèrement inférieure à l'uricémie de notre série de 22 P.R. ($56,1 \pm 11,1$)

Si nous étudions uniquement les P.R. masculines non cortisonées, cette différence est plus importante :

uricémie série témoin : $53 \pm 9,4$

Uricémie des P.R. non cortisonées : $61 \pm 10,7$

Uricémie des P.R. cortisonées : $52,1 \pm 10,1$

L'étude statistique de ces résultats montre que seule est significative la différence de 8 mg/l. entre série témoin et série non cortisonée pour $P = 0,02$

b.) Polyarthrites rhumatoïdes féminines :

Nous n'étudierons pas le groupe des P.R. des femmes non ménopausées car constitué de trop peu de cas : 9 malades.

Entre l'uricémie de la série témoin et celle de notre groupe de femmes ménopausées, il n'existe pratiquement pas de différence :

uricémie série témoin : 45,4 mg/l. $\pm$ 10,6

uricémie P.R. féminines : 44,4 mg/l. $\pm$ 13

Etudiant l'uricémie des séries cortisonées et non

Témoins 137 cas	Polyarthrites rhumatoïdes masculines (22 cas)	Traitement cortisonique (12 cas)
		52, 1 mg/ 1. ± 10, 1
53 mg/1. ± 9,4	56, 1 mg/ 1. ± 11, 1	Traitement non cortisonique (10 cas)
		61 mg/ 1. ± 10, 7

Polyarthrites Rhumatoïdes Masculines
Uricémies observées.
Série Personnelle.

Témoins 50 cas	Polyarthrites rhumatoïdes féminines (62 cas)	Traitement cortisonique (45 cas).
		43, 6 mg/1. ± 12, 3
45,4 mg/1. ± 10, 6	44, 4 mg / 1. ± 13	Traitement non cortisonique (17 cas).
		46, 6 mg/ 1. ± 10, 6

Polyarthrites rhumatoïdes féminines
(après la ménopause)
Uricémies observées
Série Personnelle.

icémies	Polyarthrites rhumatoïdes masculines		Polyarthrites Rhumatoïdes Féminines			
	non cortisonées = 10 cas	cortisonées = 12 cas	Femmes ménopausées non cortisonées = 17 cas	Femmes ménopausées cortisonées = 45 cas	Femmes non ménopausées non cortisonées = 2 cas	Femmes non ménopausées cortisonées = 7 cas
- 60 mg			1	4		
- 65 mg	1		1	2		
- 70 mg	3	2				
- 75 mg				1		
> 75 mg	1		1			
OTAL	5	2	3	7		

Répartition des uricémies supérieures à 55 mg/ l.

dans 94 cas de Polyarthrites Rhumatoïdes

Série Personnelle.

cortisonées il n' existe également que peu de différence.

uricémie P.R. cortisonées : 43,6 $\pm$ 12,3

uricémie P.R. non cortisonées : 46,6 $\pm$ 10,6

L'étude statistique montre que ces différences avec la série témoin ne sont pas significatives.

III.- Uricémie et hormonothérapie sexuelle

Nous avons étudié deux groupes de P.R. féminines recevant une dose journalière moyenne de 10 mg de corticoïdes.

Le premier groupe (20 cas) était soumis depuis plusieurs mois à une hormonothérapie sexuelle (Cycladiène 1/2 mg, 10 jours par mois et 2 injections de Stérandryl Retard 50, par mois). L'uricémie était de 46,7 mg/l. $\pm$ 13,8.

Le deuxième groupe (24 cas) n'était soumis à aucune hormonothérapie sexuelle. L'uricémie pour ce groupe était de 42,5 mg/l. $\pm$ 10,4

Il existait donc sous hormonothérapie sexuelle, une élévation de l'uricémie de 4,2 mg/l..

La comparaison statistique de cette différence montre qu'elle n'est pas significative :

T pour P = 0,05 est de 2,02. Le T pour cette étude est de 1,1.

IV.- Caractères des Polyarthrites rhumatoïdes ayant une uricémie supérieure aux limites de 55 mg/l. chez les femmes et 60 mg/l. chez les hommes (17 cas).

- sur 72 Polyarthrites rhumatoïdes féminines, 10 de celles-ci répondaient à ce critère. Il s'agissait dans tous les cas de femmes ménopausées dont 7 étaient sous traitement cortisonique.

- sur 22 polyarthrites rhumatoïdes Masculines, 7 de celles-ci dépassaient la limite d'uricémie de 60 mg/l. 2 étaient sous traitement cortisonique.

- chez 2 de nos malades, nous avons retrouvé une insuffisance rénale pouvant expliquer un taux d'acide urique au dessus de 55 mg/l. Il s'agissait de 2 polyarthrites féminines, dont les uricémies respectives étaient de 91 mg/l. et 65 mg/l.

- des antécédents familiaux de goutte ont été retrouvés chez une troisième malade (uricémie 58 mg/l.)

- nous n'avons jamais pu mettre en évidence d'hémopathie ou de polyglobulie supérieure à 5. 500. 000 hématies.

- Tous ces malades recevaient des doses journalières de 3 grammes d'acide acétyl-salicylique. Cette médication était supprimée 24 heures avant le dosage.

- Aucun de ces patients ne prenaient de diurétiques sulfamides (chlorothiazide en particulier).

- Hormonothérapie sexuelle

Parmi ces 10 P.R., 7 recevaient une association oestrogéno-androgéniques ($\frac{1}{2}$ mg de Cycladiène 10 jours par mois - une injection intramusculaire de Stérandryl 50 tous les 15 jours).

- Corticothérapie

La corticothérapie moyenne journalière des 10 malades soumis à ce traitement était de 8 mg de Cortancyl.

V.- Fréquence des caractères pseudo-goutteux selon le taux de l'uricémie.

Polyarthrites Rhumatoïdes féminines

72 cas - Série Personnelle.

	Uricémie 55 mg/l. 62 cas	Uricémie > 55mg/l. 10 cas	Total
Début par une mono-arthrite fluxionnaire du membre inférieur	2	1	3
Poussées fluxionnaires en cours d'évolution		3	3
Nodules pseudo-tophacés	3		3
Géodes 5 mm	7	3	10
Pied hérissé	14	4	18
Exostose calcanéenne	20	5	25
Antécédents familiaux de goutte	2	1	3

Polyarthrites Rhumatoïdes masculines

22 cas - Série Personnelle

	uricémie < 60 mg/l. 15 cas	Uricémie > 60 mg/l. 7 cas	Total
Début par une mono-arthrite fluxionnaire du membre inférieur	3		3
Poussées fluxionnaires en cours d'évolution	1	2	3
Nodules Pseudo-tophacés		1	1
Géodes 5 mm	4	3	7
Pied hérissé	5	1	6
Exostose Calcanéenne	9	3	12
Antécédents familiaux de goutte			

La fréquence des caractères pseudo-goutteux ne semble donc pas plus grande au cours des Polyarthrites rhumatoïdes ayant uneuricémie supérieure à 55 mg/l. chez les femmes et 60 mg/l. chez les hommes.

VI.- Les variations spontanées individuelles de l'uricémie sont assez importantes. Pour cette raison, le dosage de l'uricémie fut effectué chez 66 de nos malades pendant 3 jours consécutifs.

En comparant l'uricémie moyenne de ces 3 jours et l'uricémie du 1er jour de dosage, nous observons les variations suivantes.

Fréquence de la différence "uricémie x 3 jours - Uricémie 1er jour "

61 malades - Série Personnelle.

DIFFERENCE	NOMBRE DE CAS
d = 0 + 20 mg/ l.	2
d = 0 + 15 mg/ l.	3
d = 0 + 10 mg/ l.	12
d = 0 + 5 mg/ l.	18
d = 0	5
d = 0 - 5 mg/ l.	16
d = 0 - 10 mg/ l.	6
d = 0 - 15 mg/ l.	3
d = 0 - 20 mg/ l.	1

Dans 35 cas, l'uricémie moyenne des 3 jours était supérieure à l'uricémie trouvée le 1er jour.

Dans 5 cas, on ne note aucune différence

Dans 26 cas, cette uricémie moyenne était inférieure.

Si ces variations individuelles de l'uricémie sont fréquentes et parfois importantes, elles retentissent peu sur l'uricémie d'un groupe car elle s'amortissent.

Si nous comparons en effet l'uricémie calculée sur un seul dosage et l'uricémie calculée sur 3 dosages successifs, chez ces 61 malades, nous n'observons que peu de modifications.

	Uricémie dosée sur un jour	Uricémie dosée sur 3 jours
P.R. Masculines cortisonées	53, 1 mg/ 1.	51, 7 mg/ 1.
P.R. Masculines non cortisonées	61, 5 mg/ 1.	63, 5 mg/ 1.
P.R. Féminines ménopausées cortisonées	43, 1 mg/ 1.	45, 3 mg/1.
P.R. Féminines ménopausées non cortisonées	46, 1 mg/ 1.	48, 1 mg/ 1.

Uricémie calculée sur un dosage et sur 3 dosages successifs

Série Personnelle - 61 malades

VII.- Commentaires

a.)- Il n'y a pas de différence entre l'uricémie d'une série de 50 femmes ménopausées et l'uricémie de notre série de 62 Polyarthrites rhumatoïdes féminines.

- L'uricémie de notre groupe de 22 P.R. masculines est supérieure de 3, 1 mg/ l. à l'uricémie d'une série témoin de 137 hommes. Mais cette différence non significative est vraisemblablement due au hasard.

b.)- Dans notre série de 94 P.R. (22 hommes et 72 femmes)

- 10 femmes, toutes ménopausées, ont une uricémie supérieure à 55 mg/ l.
- 7 hommes ont une uricémie supérieure à 60 mg/ l.
- 3 malades seulement (2 femmes et 1 homme) ont une uricémie supérieure à 70 mg/ l. soit 4,5 % des hommes
- 3,6 % des témoins hommes ont une uricémie supérieure à 70 mg/l.

- GRAYZET, LOIS LIDDLE et J.E. SEEGUILLES sur une série de 57 polyarthrites Rhumatoïdes masculines retrouvent 18 % d'uricémie supérieure à 60 mg/ l. (16)
- GOLDTHWAIT, BUTLER et STILLMARET (15) étudiant une série de 737 patients, trouvent sur 225 uricémies

supérieures à 60 mg/ l., 32 cas de Polyarrhrites rhumatoïdes typiques (22 hommes - 10 femmes). Mais cette série de 737 malades fut prise dans un Service de Rhumatologie au Robert Breck Brigham Hospital, ce qui explique de tels résultats.

c.) Uricémie et corticothérapie

La cortisone et l'A.C.T.H. dans les expériences à court therme, agissent sur l'uraturie et l'uricémie, en augmentant la clearance de l'acide urique. Elles entrainent un accroissement de l'uraturie qui peut amener une diminution de l'uricémie, bien qu'elles augmentent le catabolisme nucléo-protéïque (55).

L'action à long terme de la cortisone a été peu étudié, pourtant BATTERMAN R.C. et TRAEGER (1) ont fait état en 1953 d'une "goutte stéroïdienne" qui surviendrait chez les rhumatisants soumis à un traitement cortisonique prolongé. Sur 5 P.R. recevant depuis 8 à 15 mois des doses journalières de 100 mg de Cortisone, ces auteurs retrouvent une élévation de l'uricémie chez 4 de ceux-ci, dans 3 cas, cette uricémie était supérieure à 60 mg/ l. et chez 1 de ces malades survint, après 11 mois de corticothérapie, une crise aigue de goutte, s'accompa-

gnant d'une uricémie à 73 mg/ l. (19)

Cette communication à l'époque suscita un grand intérêt mais ne semble pas avoir été vérifiée par de très nombreuses observations.

Pourtant, nous devons signaler que ISENBEIN, FOURNIER et LEGRE en 1959 se disent en possession d'une observation de "goutte stéroïdienne", mais ne la rapportent pas (19).

De même KUZELL, sur 16 gouttes secondaires trouve 9 (5 hommes et 4 femmes) gouttes stéroïdiennes dues à " l'administration prolongée de cortisone et d'hydrocortisone seule ou associées, au cours de la P.C.E. " (23)

Nous n'avons pas, quant à nous vérifié l'observation de BATTERMAN et TRAEGER puisque nos P.R. cortisonées depuis de nombreux mois ont une uricémie inférieure à l'uricémie des P.R. non cortisonées.

L'étude statistique montrant que cette différence est significative en ce qui concerne les hommes pour P inférieur à 0,05

d.) Uricémie et hormonothérapie sexuelle

Expérimentalement les androgènes diminuent l'uraturie et augmente l'uricémie (55).

Comparant deux groupes de P.R. de 20 et 24 femmes ménopausées soumises à la même dose journalière moyenne de corticoïdes, nous avons observé une augmentation de l'uricémie de 4, 2 mg / l. dans le groupe soumis à une hormonothérapie sexuelle mixte.

Cette différence n'est pas significative, pour notre Série.

CONCLUSION

I.- Nous n'avons pas prouvé de différence significative entre l'uricémie des P.R. masculines et féminines (ménopausées) et l'uricémie de témoins hommes et femmes

II.- Les taux d'uricémie supérieurs à 70 mg/ l. sont rares au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde. Nous n'en avons observé que 3 cas. Une insuffisance rénale pouvant expliquer l'un de deux ci.

III.- Nous n'avons pas vérifié l'action hyperuricémiante de la corticothérapie qui, chez nos malades au contraire, abaissa l'uricémie. Cette différence étant significative chez les hommes pour P. inférieur à 0,05

IV.- Dans notre série, l'hormonothérapie sexuelle (androgènes + oestrogènes) éleva le taux de l'uricémie, mais cette augmentation du taux n'est pas significative.

V.- La fréquence des caractères pseudo-goutteux n'est pas, dans notre série, proportionnelle au taux d'uricémie aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Association uricémie et caractères pseudo-goutteux - Observations -

- une malade, Mme O... Suzanne, 59 ans, associe plusieurs de ces caractères.

Un début par une mono-arthrite inflammatoire de la cheville. L'existence en cours d'évolution de poussées articulaires fluxionnaires au niveau des inter-phalangiennes des doigts, un hérissement ostéophytique bilatéral du dos du pied, une uricémie constamment élevée :

uricémie x 3 jours : 74 - 58 - 57 mg/ l.

uricémie par méthode enzymatique : 66 mg / l.

Il s'agit par ailleurs d'une P.R. classique évoluant depuis 11 ans avec déformation évocatrice des mains, raideurs articulaires serrées.

Waaler Rose Positif au 1/32e -

Latex positif au 1/320

Vitesse de sédimentation : 3 - 10 mm

Il n'existe pas d'insuffisance rénale ni d'hémopathie

La malade ménopausée depuis 10 ans, a présenté par ailleurs 2 épisodes de colique néphrétique, dont le dernier en 1953.

On ne note aucun antécédent familial de goutte, aucun antécédent personnel de crise du gros orteil.

Les lésions radiologiques se limitent en dehors du pied hérissé à des pincements articulaires des premières métacarpo-phalangiennes.

- un malade, Mr. G... Roger, 50 ans, associe deux caractères pseudo-goutteux à une uricémie à 63 mg/ l. :

des poussées fluxionnaires en cours d'évolution et

des lésions radiologiques de la 1ère métatarso-phalangienne avec géodes de grande dimension.

- un troisième malade, Mr. C.. Robert (observation nº 2), associe une uricémie constamment élevée, sans insuffisance rénale, ni hémopathie à des tophus pseudo-goutteux.

F.- ANTECEDENTS FAMILIAUX DE GOUTTE

3 malades sur 94 avaient des antécédents familiaux de goutte

Dans deux cas : le père était goutteux, dans le 3ème cas ce sont les deux frères.

Il s'agit de trois polyarthrites classiques, Waaler Rose positif, ne comportant aucun des caractères pseudo-goutteux énoncés si ce n'est une uricémie à 58 mg / l. chez une des malades.

Fréquence des Caractères Pseudo-Goutteux

Série Personnelle de 94 P.R.

	Polyarthrites Rhumatoïdes		
Caractères pseudo-goutteux	Hommes 22 cas	Femmes 72 cas	Total
Début par une mono-arthrite inflammatoire du membre inférieur.	3	3	6 6, 3 %
Poussées fluxionnaires en cours d'évolution	3	3	6 6, 3 %
Nodules pseudo-tophacés	1	3	4 4, 2 %
Géode > 5 mm	7	10	17 18, 1 %
Pied hérissé	6	18	24 25, 5 %
Exostose calcanéenne	12	25	37 39, 3 %
Larges encoches osseuses	5	3	8 8, 5 %
Uricémie > 70 mg/ l.	1	2	3 3, 1 %
Antécédents familiaux de goutte.		3	3 3, 1 %

O B S E R V A T I O N S

Nous rapportons 9 observations dont 3 font partie de notre série témoin (observations nº 1-2-3).

- 2 cas de Mono-arthrite inflammatoire du gros orteil.

  obs. nº 1 - 7

- 3 cas de nodules pseudo-tophacés.

  obs. nº 1 - 2 - 3

- 6 cas d'images géodiques égales à 5 millimètres

  obs. nº 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9

- 1 cas d'uricémie supérieure à 70 mg/l., sans insuffisance rénale

  obs. nº 2.

Observation 1

Mme L... Irène - 55 ans

A l'âge de 43 ans, crise douloureuse du gros orteil droit persistant plusieurs jours, s'accompagnant d'un gonflement important avec rougeur cutanée :

- vitesse de sédimentation : 7 - 19 mm
- uricémie 90 mg / 1.

Un traitement de colchicine buccale n'entraine aucune amélioration.

De 1954 à 1960, extension des manifestations douloureuses à presque toutes les articulations, sauf les hanches.

- un traitement par les sels d'or se montre inefficace.

La malade est hospitalisée en 1960

Il n'existe pas de signes inflammatoires articulaires. L'examen retrouve une douleur à la pression du 3ème métacarpien gauche et surtout une nodosité dure et blanchâtre du pouce droit pouvant faire songer à un tophus.

- vitesse de sédimentation 31 - 58 mm
- Waaler Rose positif au 1/256e
- uricémie 45 mg / 1.

Il existe d'autre part une hypertension artérielle et une légère insuffisance rénale.

Cette malade ne présente aucun antécédent pathologique.

Elle était réglée régulièrement.

L'examen histologique du nodule élimine l'hypothèse d'une association Goutte - P.R.

" le prélèvement intéresse des tissus nous comportant des fentes

rappelant une disposition synoviale. Ces fentes sont partiellement occupées par des villosités infiltrées d'éléments inflammatoires en particulier lymphocytes et plasmocytes. En d'autres points, cette inflammation est à disposition nodulaire ou en manchon péri-vasculaire.

Il n'existe aucune image histologique pouvant faire évoquer le diagnostic de goutte. Ces aspect est compatible avec le diagnostic de P.C.E. ".

Les Radiographies (fig. 3) montrent en particulier une lésion géodique de l'interphalangienne du pouce droit au contact de la nodosité.

En 1963 est apparu un autre nodule pseudo-tophacé du IVe doigt gauche.

Actuellement, elle ne présente qu'une lègère douleur de la tibio-tarsienne gauche.

- vitesse de sédimentation 4 - 10 mm
- uricémie pendant 3 jours : 51 - 59 - 47 mg / l.
- Insuffisance rénale attestée par la clearance de l'urée

Fait partie de notre série témoin

Observation 2.

Mr. C... Robert - 64 ans

A l'âge de 47 ans, apparition progressive d'une douleur de l'épaule gauche suivie quelques mois après de douleurs des métacarpo-phalangiennes.

L'évolution ultérieure se fait sur un mode chronique avec atteinte successive des poignets, des genoux, des chevilles. Jamais de poussée fluxionnaire en cours d'évolution.

Traité par sels d'or, le malade est soulagé pendant de nombreux mois.

Lorsqu'il est examiné en 1963, le malade est en bon état général

Il existe une déformation évocatrice des mains : coup de vent et flexions métacarpo-phalangiennes, une douleur à la mobilisation des métacarpo-phalangiennes ; on note de plus l'existence à la face postérieure des deux coudes de deux volumineuses nodosités sous cutanées.

Les Radiographies - des mains montrent des lésions micro-géodiques des métacarpo-phalangiennes, avec pincement articulaire.

- des pieds, montrent une atteinte de la Ve métatarso-phalangienne droite avec micro-géodes de l'extrémité métatarsienne.

- vitesse de sédimentation : 15 - 40 mm
- Waaler Rose positif au 1/320 e
- Latex 1/20 000 < + < 1/200 000
- uricémie (technique de Folin) pendant 3 jours : 77 mg - 87 mg - 73 mg/l
  uricémie par la méthode enzymatique : 62 mg / l.
- il n'existe pas d'insuffisance rénale.
- la numération formule sanguine est normale;

- enfin, le malade n'est pas sous traitement cortisonique.

L'examen anatomo-pathologique des nodules du coude a montré qu'il s'agit de nodules rhumatismaux typiques (fig. 4 - 5).

Fait partie de notre série témoin.

Observation 3

Mme L... Renée - 38 ans

Apparition progressive à l'âge de 34 ans, de douleurs et d'une tuméfaction de l'interphalangienne proximale des 2e et 3e doigts de la main droite, persistant pendant 3 mois.

Un an plus tard, un épisode identique localisé à la cheville gauche persiste également pendant 3 mois.

En 1963, apparition de nodosités blanchâtres de la face dorsale de l'index droit, en regard de l'articulation inter-phalangienne distale et de la face palmaire de l'articulation inter-phalangienne du pouce droit.

- l'uricémie est à 48 mg / l.
- Waaler Rose négatif.

Un traitement par Colchicine buccale ne soulage pas la malade.

Lorsqu'elle est examinée en décembre 1963, la malade en bon état général ne souffre pas mais présente une légère tuméfaction des métacarpo-phalangiennes des 2e et 3e doigts droits.

Au pouce et à l'index droits, on retrouve les nodosités blanchâtres (fig. 6) apparues en 1963.

Malade réglée régulièrement.

Aucun antécédent pathologique personnel ou familial

- la vitesse de sédimentation est à 6 - 15 mm
- l'uricémie (technique de Folin) à 48 mg / l.
- l'uricémie (méthode enzymatique) à 57 mg / l.
- le Waaler Rose est positif au 1/80e
- le Latex au 1/200 < + < 1/2000
- les épreuves d'élimination rénale sont normales.

Les radiographies (fig 7) montrent une érosion de l'extrémité distale de la 2e phalange de l'index droit au contact de la nodosité visible dans les parties molles.

L'examen histologique du nodule retrouve "plusieurs foyers de nécrose éosinophile correspondant morphologiquement à la nécrose fibrinoïde. Quelques foyers sont entourés par une couronne de cellules épithéloïdes

L'aspect histologique est en faveur d'un nodule rhumatismal. Les recherches d'acide urique se sont révélées négatives ".

Cette malade fait partie de notre série témoin.

Observation 4

Mme B... Hermance - 64 ans

A l' âge de 49 ans, apparition progressive de douleurs des poignets et des mains. L'évolution ultérieure avec atteintes successives des genoux, des coudes et des épaules s'est faite sur un mode chronique entrecoupé de poussées aigues, de début brutal à prédominance nocturne, avec gonflement articulaire mais sans rougeur cutanée. La durée de ces crises aigues est de 48 heures environ.

N'a jamais eu de crise du gros orteil

Malade sans antécédent pathologique -ménopausée à l'âge de 52 ans.

Lorsqu'elle est examinée en 1954, l'aspect des mains et des poignets évoque une Polyarthrite Rhumatoïde. Les articulations sont limitées et douloureuses. A la face postérieure des deux coudes, existent des nodosités volumineuses et dures.

- la vitesse de sédimentation est à 23 - 55 mm
- l'uricémie à 45 mg / l.

Les radiographies (fig 8) montrent en particulier des géodes des têtes des deux premiers métatarsiens et une grande encoche du 1er métatarsien gauche.

L'examen histologique d'un nodule du coude montre : "l'existence de nodules polycycliques, dont tout le centre est nécrosé. Ces nodules sont entourés d'une prolifération lympho-histocytaire, souvent en disposition palissadique.

Il n'existe pas de cristallisations rappelant les cristaux d'urate. Il n'y a pas non plus de cellules géantes.

L'examen biochimique ne permet de déceler aucune trace d'acide urique.

Conclusion : nodule rhumatismal typique ".

Observation 5

Mme M... Julienne - 47 ans

Polyarthrite rhumatoïde ayant débuté à l'âge de 42 ans, de façon progressive par une atteinte des inter-phalangiennes proximales de l'index droit et gauche et du majeur droit.

L'évolution se fait sur un mode chronique avec atteinte successive des poignets et des 2 et 3e articulations métatarso-phalangiennes droites et gauches.

Evolution entrecoupée de poussées articulaires, fluxionnaires à recrudescence nocturne, surtout localisées au 2ème et 3ème métatarso-phalangiennes.

Malade ménopausée depuis l'âge de 30 ans (intervention chirurgicale dont nous n'avons pu faire préciser la raison).

Aucun antécédent pathologique par ailleurs.

Jamais de crise du gros orteil.

Lorsque le malade est examinée en 1962, on note une tuméfaction des interphalangiennes proximales de l'index droit et gauche et du majeur droit.

Il n'existe pas de déformation évocatrice des mains.

- vitesse de sédimentation 2 - 6 mm
- Waaler Rose positif au 1 / 1 024e
- Latex positif au 1 / 160e
- uricémie pendant trois jours : 15 mg, - 16 mg, - 15 mg / l.
- les épreuves d'exploration rénale sont normales.

Les radiographies (fig. 9 - 10) montrent en particulier des géodes de plus de 5 mm sur les 2èmes phalanges des II et IIIe doigts droits et sur la 1ère phalange du gros orteil droit, une encoche de la 1ère phalange du 1er orteil, droit et gauche.

L'examen histologique du nodule de l'index montre qu'il s'agit d'un nodule rhumatismal typique.

Les recherches d'acide urique furent négatives.

Observation 6

Mr. L..., Dominique - 59 ans

Polyarthrite rhumatoïde ayant débuté de façon brutale à l'âge de 49 ans par des talalgies bilatérales

Evolution chronique et continue avec atteinte successive des deux chevilles, des métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes des trois premiers doigts des 2 mains.

N'a jamais présenté de crise du gros orteil.

Aucun antécédent pathologique personnel ou familial.

En 1958 :

- vitesse de sédimentation est à 19 - 47 mm
- uricémie : 66 mg / l.

Un traitement par Butazolidine et Colchicine buccale n'amène aucune amélioration.

Actuellement, ce malade souffre des deux articulations tibio-tarsiennes et du coude gauche.

On note une tuméfaction des 2è et 3è métacarpo-phalangiennes, une ébauche de déformation en coup de vent.

- vitesse de sédimentation : 6 - 15 mm
- Waaler Rose positif au 1/256e
- uricémie pendant 3 jours : 39 - 36 - 48 mg / l.

Les épreuves rénales sont normales.

Les radiographies (fig. 11) montrent en dehors des lésions destructives, une géode volumineuse de la tête du deuxième métacarpien et une géode moins importante de la première phalange de l'index.

Observation 7

Mme L.. Denise - 40 ans

En 1954, crise douloureuse brutale du gros orteil gauche avec gonflement articulaire, rougeur cutanée et dilatation veineuse.

- uricémie : 50 mg / l.
- vitesse de sédimentation : 16 - 40 mm

Malade par ailleurs, sans antécédent personnel ou familial et réglée régulièrement.

Un traitement d'Aspirine et Colchicine buccale entraine une amélioration en 3 mois.

En 1955, crise douloureuse du poignet droit avec gonflement articulaire mais sans rougeur cutanée.

Un traitement cortisonique ne procure aucun soulagement.

De 1955 à 1958 ne présente aucune crise douloureuse.

En 1958, s'installe une douleur du bord interne du pied gauche à recrudescence nocturne.

- la vitesse de sédimentation est à 6 - 19 mm
- l'uricémie à 54 mg / l.
- le Waaler Rose négatif.

Un traitement de Colchicoside puis Bénémide ne soulage pas la malade.

De 1960 à 1962, le malade présente quelques poussées douloureuses très espacées du poignet droit.

Lorsqu'elle est examinée en 1962, on ne retrouve qu'une légère douleur à la mobilisation des métacarpo-phalangiennes de l'index et du majeur droits.

Aucune déformation évocatrice.

- vitesse de sédimentation : 15 - 85 mm
- Waaler Rose et Latex négatifs.

Les radiographies (fig.12) montrent en particulier une atteinte géodique de la métatarso-phalangienne et de l'interphalangienne du gros orteil droit.

Aux mains, existe un pincement articulaire des II et IIIe métacarpo-phalangiennes droites.

Ne suit aucun traitement de 1962 à 1964 et ne présente pendant cette période que quelques algies des poignets et de l'épaule.

Lorsque la malade est examinée en 1964, on ne note qu'une douleur à la mobilisation des poignets.

- vitesse de sédimentation : 6 - 12 mm
- Waaler Rose positif au 1/80e
- Latex 1/ 2000 < + < 1/ 20 000

Observation 8

Mr. P... Yves - 59 ans

Polyarthrite rhumatoïde classique évoluant depuis l'âge de 46 ans.

Début progressif par une gonalgie droite avec tuméfaction qui avait fait évoquer le diagnostic de goutte.

Evolution ultérieure sur un mode chronique entrecoupé de poussées fluxionnaires localisées aux métatarso-phalangiennes et aux chevilles. Le malade signale que les "repas copieux" déclenchent souvent ces poussées. Jamais de crise douloureuse du gros orteil.

Le malade actuellement souffre de ces deux poignets, de toutes les métacarpo-phalangiennes et de ses deux chevilles. Il existe des déformations évocatrices des mains : coup de vent et flexions métacarpo-phalangiennes.

- vitesse de sédimentation : 2 - 5 mm
- Waaler Rose positif au 1/32
- uricémie trois jours consécutifs : 43 mg - 37 mg - 40 mg / l.

Les radiographies montrent aux mains des lésions de toutes les métacarpo-phalangiennes : pincements et micro-géodes.

Aux pieds (fig. 13) on note en particulier une atteinte des deux interphalangiennes des gros orteils avec encoches et géodes à droite.

Observation 9

Mr. A... Georges, 64 ans

A l'âge de 51 ans, apparition d'une douleur du coude droit. L'évolution ultérieure avec atteinte successive du poignet droit, du genou et du pied gauches se fait sur un mode chronique entrecoupé de crises aigues de quelques jours.

Lorsqu'il est examiné en 1957, ce malade souffre du genou et du pied gauche.

Il existe de volumineux nodules de la face postérieure des deux coudes, de consistance molle, une déformation du pied gauche avec orteil déjetés en dehors.

Le genou gauche est ankylosé en flexion. Aux mains, on constate une déformation en coup de vent avec dos de chameau à gauche. Le coude droit est ankylosé en flexion à 90º.

- vitesse de sédimentation 40 et 70 mm
- uricémie 43 mg / l.
- hémaglutination +++

Les radiographies des mains montrent une décalcification diffuse et de nombreux pincements articulaires.

aux pieds (fig. 14) on note en particulier, en dehors des lésions des 4 dernières métacarpo-phalangiennes, une atteinte géodique du gros orteil : image d'encoche au niveau de l'interphalangienne et encoche en voie de formation sur la tête du métatarsien.

G O U T T E S P S E U D O - R H U M A T I S M A L E S

Les arthropathies uratiques simulent parfois la Polyarthrite Rhumatoïde.

Après FORESTIER et CERTONCINY, RAVAULT VIGNON et DETRY (36) ISEMEIN, FOURNIER et LEGRE (19) ont, en particulier, rapporté de telles observations.

C'est à propos de ces arthropathies goutteuses chroniques, simulant une Polyarthrite Rhumatoïde que certains auteurs avaient proposé la dénomination de " Rhumatisme Goutteux".

Dans ses formes pseudo-rhumatismales, la goutte peut revêtir un ou plusieurs des caractères de la Polyarthrite Rhumatoïde.

La Goutte peut se présenter sous les traits d'une Polyarthrite Chronique inflammatoire avec gonflements synoviaux. C'est pour cette raison qu'elle fait partie de la liste des exclusions diagnostiques dressée par l'American Rheumatism Association, et destinée à exclure de la P.R. un certain nombre de polyarthrites atypiques.

Il existe parfois des déformations des mains :

Creusement des os du carpe, ébauche de coup de vent cubital ou flexion des métacarpo-phalangiennes.

Il existe souvent un gonflement articulaire chronique qui peut être modéré, diffus et régulier. Mais, même si ce gonflement ne comporte pas

les saillies et les renflements habituels de l'arthropathie uratique l'attention doit être attirée par l'irrégularité de distribution, l'absence de systématisation topographique de ces lésions qui touchent parfois aussi les interphalangiennes distales.

Des raideurs articulaires serrées peuvent également faire songer à la Polyarthrite Rhumatoïde mais l'enraidissement n'atteint presque jamais l'importance de celui de la P.R.

Les lésions radiologiques, sans grosses images géodiques , peuvent en imposer pour une P.R. quand existent seulement un pincement articulaire, des micro-géodes et plus rarement une décalcification.

Mais on ne retrouve pas la symétrie topographique des lésions de la Polyarthrite Rhumatoïde.

Enfin, tout comme la P.R., la goutte peut réaliser parfois des ankyloses osseuses.

La positivité des réactions sérologiques rhumatismales :

Sur 30 cas de goutte pris au hasard, 4 malades avaient une réaction au Latex positive avec un taux d'agglutination compris entre 1/200 et 1/2000 ; il s'agissait dans tous les cas de goutte aigue. Chez aucun de ces 30 malades, nous n'avons retrouvé de réaction de Waaler Rose positive.

Dans une série de 100 arthropathies uratiques (92 hommes - 8 femmes), 49 d'entre elles touchaient à la fois les membres inférieurs et supérieurs (43 hommes - 6 femmes). Nous avons étudié plus particulièrement ces 49 cas, qui du fait de leur topographie lésionnelle, avaient le plus de chance de pouvoir simuler une Polyarthrite Rhumatoïde.

44 malades avaient des lésions des mains et des pieds, et chez 20 de ceux-ci existaient en plus d'autres atteintes articulaires.
5 malades n'avaient que des lésions aux mains.

Tous ces patients avaient présenté une fluxion articulaire du gros orteil, soit lors de la première crise, soit en cours d'évolution.

Chez 43 malades, l'uricémie était supérieure à 70 mg/l. (dont 4 des 6 femmes).

Chez 40 malades, l'association aux signes précédents de tophus certains ne pouvait qu'a aïder au diagnostic.

9 malades présentaient des arthropathies uratiques, non tophacées mais réunissaient ainsi que tous les autres malades, deux des critères nécessaires au diagnostic de goutte (21). Parmi ces 44 arthropathies uratiques, un seul malade, avait des déformations des mains pouvant évoquer une P.R. :

Mr. F... Ferdinand - 62 ans -

A l'âge de 51 ans, crise douloureuse nocturne du gros orteil droit avec gonflement et rougeur. Ce malade avait eu dans les années

précédentes à plusieurs reprises des douleurs nocturnes des poignets mais sans signe clinique objectif.

Dans l'année qui suivit la crise douloureuse du gros orteil, s'installa de façon progressive une polyarthrite inflammatoire chronique de la Métacarpo-phalangienne des I et IVe doigts droits et du IIIe doigt droit et gauche ainsi que de l'interphalangienne proximale de l'index gauche. Il existait un gonflement de ces articulations donnant à la main un aspect évocateur de P.R.

On ne notait pas de tophus.

- vitesse de sédimentation : 3 - 15 mm
- uricémie 82 mg/l.

Les radiographies (fig. 15) par contre étaient très en faveur du diagnostic de goutte:en particulier géode ouverte de la 1ère phalange du 2e doigt gauche et lésion de la métacarpo-phalangienne du IIIe doigt.

Au cours de ces formes pseudo-rhumatismales, il faudra rechercher avec soin un certain nombre d'arguments en faveur de la goutte :

- antécédents de lithiase rénale, existence antérieure d'une ou plusieurs crises du gros orteil, absence de symétrie des lésions qui prédominent le plus souvent aux membres inférieurs ; lésions radiologiques qui sans être pathognomoniques de la goutte en sont quand même très évocatrices, une uricémie supérieure à 70 mg/l. chez l'homme et 60 mg/l. chez la femme.

Quant au test thérapeutique au colchique, il donne souvent des résultats peu significatifs en cas d'arthropathies uratiques.

GOUTTE ET POLYARTHRITE RHUMATOIDE

La rareté de la coexistence de goutte et de Polyarthrite Rhumatoïde signalée par TALBOT (57), SHORT BAUER et REYNOLDS (56), WEISS et SEGALOFF (65) ne se trouve pas confirmée par les travaux de LIENCE et ROTES QUEROL (28) et de KUZELL (23).

Si SHORT BAUER et REYNOLDS sur 293 cas de P.R. n'observent jamais d'association avec la goutte, par contre LIENCE et ROTES QUEROL sur 200 cas de goutte en dénombrent 6 avec un tableau articulaire de P.R. définie selon les critères diagnostiques de ROPES. L'uricémie était élevée dans 4 cas, le Waaler Rose positif 5 fois sur 6 ; chez aucun de ces malades n'existait de tophus.

KUZELL sur 504 gouttes primitives (373 hommes -131 femmes) trouvent 30 associations avec la P.R. (20 hommes - 10 femmes).

Ces pourcentages d'association, 5,9 p. 100 pour KUZELL et 3 p. 100 pour ROTES QUEROL s'ils sont très supérieurs au pourcentage de la P.R. dans la population générale,(de 0,5 à 2,7 p. 100 selon les auteurs), sont par contre très voisins des pourcentages de P.R. dans un Service de Rhumatologie : 2,5% pour Max RUELLE, 7 p. 100 pour ISENBEIN.

Au Symposium de Rome de 1961, sur l'initiative de KELLGREN, les critères diagnostiques de la goutte furent soumis à une analyse : quatre

critères sont utilisés dont deux sont nécessaires pour le diagnostic de goutte : - uricémie supérieure à 70 mg/l. chez l'homme et 60 mg/l. chez la femme, par la méthode enzymatique à l'uricase.

- existence de tophi
- mise en évidence de cristaux d'acide urique dans le liquide articulaire ou les tissus
- crises articulaires brutales avec gonflement et douleurs importantes.

Rémission complète entre les crises d'au moins 1 à 2 semaines.

En ce qui concerne la Polyarthrite Rhumatoïde, trois à quatre des huit premiers critères de l'American Rheumatism Association sont nécessaires pour porter le diagnostic de P.R. probable, 5 à 6 pour le diagnostic de P.R. définie.

Le diagnostic de goutte dont deux des quatre critères sont biologiques et de ce fait mesurables, semble sujet à moins d'interprétation individuelle que le diagnostic de Polyarthrite Rhumatoïde dont six des huit critères diagnostiques sont d'ordre clinique ;

Les statistiques de KUZELL et ROTES QUEROL concernant d'ailleurs des séries de goutteux. ROTES QUEROL précise de plus que sur six associations cinq fois les manifestations goutteuses avaient précédé la Polyarthrite Rhumatoïde.

Il semble que le problème de cette association puisse dont se poser plus souvent au cours de la goutte qu'au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

C O N C L U S I O N S

La confusion qui existait pour certains auteurs entre la goutte et le rhumatisme engendra ce terme très discutable de rhumatisme goutteux.

L'existence de gouttes simulant une Polyarthrite Rhumatoïde et à l'inverse de P.R. pseudo-goutteuses fut pour une grande part responsable de cette erreur de conception.

Au sein d'une série de 94 polyarthrites Rhumatoïdes prises au hasard parmi les consultants du Centre de Rhumatologie Viggo-Petersen nous avons étudié la fréquence de ces caractères pseudo-goutteux qu'ils soient cliniques, biologiques ou radiologiques, caractères pseudo-goutteux qui peuvent dans certaines circonstances poser un problème diagnostique ou même faire envisager l'hypothèse d'une association Goutte- P.R..

A l'issue de ce travail, il nous semble possible de dégager plusieurs conclusions :

I.- Les images radiologiques qui, sans être pathognomoniques de la goutte en sont très évocatrices, sont fréquentes au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde : images géodiques égales ou supérieures à 5 mm, pied hérissé ou exostose calcanéenne.

Ces caractères radiologiques pseudo-goutteux s'observent surtout au cours des P.R. anciennes. Ils prédominent comme les autres lésions de la

P.R. aux II et IIIe articulations métacarpo-phalangiennes et Ve articulation métatarso-phalangienne.

II.- Le début par une mono-arthrite inflammatoire du membre inférieur et les fluxions articulaires en cours d'évolution ne sont pas rares.

Mais ces fluxions n'ont pas l'intensité des fluxions goutteuses, elles n'en ont pas les limites nettes. Leur durée semble plus imprécise.

En cours d'évolution ces fluxions sont toujours oligo-articulaires.

III.- Il n'est pas rare non plus qu'un nodule rhumatismal simule au premier abord un tophus goutteux.

IV.- L'uricémie des Polyarthrites Rhumatoïdes est la même que celle de sujets normaux (en l'absence de traitement cortisonique). Une uricémie comprise entre les limites de 55 mg/l. et 70 mg/l. est fréquente au cours de la P.R.

V.- Par contre, nous devons insister sur la rareté :

1º) d'une fluxion articulaire du gros orteil.

Bien qu'elles aient été signalées, nous n'en avons observé aucun cas en cours d'évolution dans notre série témoin.

2º) d'une image géodique supérieure à 1 cm.

3º) d'une uricémie supérieure à 70 mg/l. Le pourcentage d'uricémie supérieures à 70 mg/l. au cours des Polyarthrites Rhumatoïdes

masculines est le même qu'au sein d'une série témoin.

VI.- L'examen anatomo-pathologique permet pratiquement toujours de distinguer le nodule rhumatismal du tophus goutteux.

VII.- L'étude séparée des P.R. masculines et féminines montre que la fréquence des caractères pseudo-goutteux est la même chez l'homme et chez la femme.

VIII.- La fréquence de ces caractères ne semble pas plus grande au cours des P.R. ayant une uricémie supérieure à 55 mg/l. chez la femme et 60 mg/l. chez l'homme.

IX.- La comparaison des Polyarthrites Rhumatoïdes cortisonées et non cortisonées montre une baisse légère de l'uricémie au cours des traitements cortisoniques prolongés.

Nous n'avons donc pas vérifié l'action hyperuricémiante à long terme des corticoïdes par BATTERMAN et TRAEGER.

Même en présence de caractères pseudo-goutteux, le diagnostic de Polyarthrite Rhumatoïde est en règle générale facile. Cependant, l'existence de gouttes pseudo-rhumatismales et d'associations possibles font que dans de rares occasions le diagnostic de ces polyarthrites rhumatoïdes pseudo-goutteuses est plus difficile. Dans ces cas, l'examen anatomo-pathologique

s'il est possible, montrera qu'il s'agit bien de deux affections distinctes, sans confusion histologique possible dans l'immense majorité des cas, bien que des similitudes cliniques puissent exister.

nnnnnnnnnnn

Vu, le Président de Thèse
Professeur S. de SEZE

Vu, le Doyen de la Faculté
G. CORDIER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

B I B L I O G R A P H I E

1.- BATTERMAN R.C. - TRAEGER C.H.
Steroïd induced gout in Rheumatoïd patients with prolonged cortisone therapy.
J. Clin. Invest., 1953, 22, 553

2.- CAROIT M. - GRAS H.
Pensez à la goutte.
Rev. Med. Franc., 1958, 39, 559 - 562.

3.- CHARCOT J.M.
Etudes pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de Goutte Asthénique primitive, nodosités des jointures, Rhumatisme articulaire chronique.
Thèse Paris 1853

4.- COSTE F.
Goutte : Formes atypiques et élément du diagnostic.
Sem. Hop. Paris, 1953, 29, 2379 - 2385

5.- COSTE F.
Main polyarthritique
Sem. Hop. Paris, 1955 - 31, 3261 - 3273

6.- COSTE F.
Symptomes de début de la P.C.E.
Le Rhumatisme
1957 - Expansion Editeur Paris. 1 vol. 453 p.

7.- DESPROGES GOTTERON R.
Les aspects atypiques de la Polyarthrite chronique évolutive débutante.
Vie Med., 1959, 40, 1053 - 1061

8.- FLETCHER D.F., ROWLEY K.A.
The radiological features of Rheumatoïd arthritis
Brit. J. of Radiol., 1952, 25, 282 - 295

9.- FRANÇON F.
Un cas de goutte simulant le rhumatisme chronique progressif inflammatoire (R.C.P.I.)
Rhumatologie , 1956, 8, 16 - 19

10.- FRANÇON F., BELOT R., et EXPERTIER J.
Nodosités Rhumatismales sous cutanées localisées par des traumatismes professionnels au cours du rhumatisme chronique progressif inflammatoire.
Presse Médicale 1957, 65, 1935 - 1937

11.- FRANÇON F. - LEROY J.
Le pied hérissé hors de la goutte
Rev. Rhum., 1962 - 29, 12 - 16

12. [illegible] J.
La polyarthrite chronique évolutive masculine
Thèse - Paris 1954

13.- FRANÇON J.
Aspects atypiques des rhumatismes chroniques inflammatoires.
Ann. Med. Chir. Centre, 1957, 13, 9 - 24

14.- FRANÇON J.
Les arthropathies goutteuses chroniques
Presse Therm. et Climat. 1962, 99, 150 - 153

15.- GOLDBLATT J.C. - BUTHER R. - STILLMAN J.S.
The diagnosis of gout. Significance of an elevated serum acid value.
New England J. Med., 1958, - 259, - 1095 - 1099

16.- GRAYZEL A.I., - LOIS LIDDLE J.E. - SEEGMILLER
Diagnostic sighificance of hyperuricemia in arthritis.
New England J. Med., 1961, 265, 763 - 768

17.- HUBAULT A., - KAHN M.F.
Anatomic pathologique et biologie de la polyarthrite rhumatoïde
Rev. du Prat. 1962, XII, 1353 - 1368

18.- ISEMBEIN L. - FOURNIER A.M.
La polyarthrite chronique évolutive
1 vol. 315 p. Paris 1956, Masson Edit.

19.- ISEMBEIN L. - FOURNIER AM. - LEGRE M.
Goutte et polyarthrite chronique évolutive
Rev. Rhum. 1959, 9, 739 - 756

20.- JANDET R.
iagnostic et traitement des formes pseudo-rhumatismales de la Goutte.
Rhumatologie 1957, 9, 217 - 225

21.- KELLGREN J.H.
Diagnostic criteria for population studies.
Bull. on Rheumatic. Diseases. 1962, 13, 291

22.- KERSLEY M.G.O.
Goutte et arthrite rhumatoïde
Rhumatologie 1957, 9 , 10 - 11

23.- KUZELL W. - SCHAFFARZICK R.W., - NAUGLER W.E., - CHAMPLIN B.
Simultanéité de la goutte et d'autres maladies chez 520 goutteux
in le rhumatisme abarticulaire
Congrès d'Aix les Bains 1956, 1 vol. 761 p. Impr. Réunies de Chambéry

24.- LAYANI F. - DURUPT L. - CHAOUAT Y.
Etude critique du Rhumatisme goutteux.
Sem. Hôp. Paris. 1961, 37, 1055

25.- LAYANI F. - CHAOUAT Y., - DURUPT L.
Les frontières du Rhumatisme et de la Goutte
Gaz. Med. France 1964, 71, 1105 - 1121

26.- LELIEVRE J.
Pathologie du pied.
1961 - 1 vol. 774 p. - Masson edit.

27.- LEWIS A. DARLING F. -
Report on an enquiry into the actiological factors associated with rheumatoïd arthritis.
Ann. Rheum. Dis. 1950, 9, 94

28.- LIENCE E., ROTES QUEROL J., TOMAS Escuré .
Poliarthritis cronica progresiva y gota
IV Jornadas Reumatologicas Espanolas. 1962, 1 vol. 304 p. Barcelona

29.- LIEVRE J.A.
Les débuts de la Polyarthrite chronique évolutive.
Vie Med. 1956, 37, 1525 - 1531

30.- LIEVRE J.A. - Mme LIEVRE J.A.
Anatomie pathologique du tophus goutteux et de la goutte articulaire.
in La Goutte.
Congrès de Lyon - Paris 1963 - 1 vol. 343 p.

31.- LIEVRE J.A.
Formes atypiques et association morbides dans l'arthrite rhumatoïde
Rev. du Prat. 1962, XII, 1387 - 1397

32.- MAYNARD J.
Contribution à l'étude de la polyarthrite chronique évolutive chez l'homme.
Thèse Marseille 1952

33.- MOLE J. - ARLET J.
Polyarthrite chronique nodulaire avec macro-géodes épiphysaires.
Rev. Rhum., 1961, 28, 317 - 320

34.- ORDONNEAU P.
Quelques erreurs de diagnostic fréquemment commises à propos de la polyarthrite chronique évolutive.
Rev. Med., Française, 1958, 39, 529 - 535

35.- RAVAULT P.P. - POMMIAU E.
Les formes polyarticulaires pseudo rhumatismales de la goutte.
La Clinique 1956, 51, 731 - 738

36.- RAVAULT P.P. - VIGNON G. - DETRY R.
La goutte à forme de polyarthrite chronique évolutive.
Rev. Rhum., 1952, 19, 729 - 737

37.- RAVAULT P.P. - VIGNON G. - LEJEUNE E., MAITREPIERRE J. - MULLER J.
Les formes atypiques de la Polyarthrite chronique rhumatismale
Rev. Rhum. 1959, 26, 579 - 587
Rev. Lyon. Med. 1959, VIII, 1077 - 1088
Med. et Hyg. 1959, 17, 214 - 216 - 242 - 249

38.- RAVAULT P.P. - VIGNON G. - LEJEUNE E. - MAITREPIERRE J. et ROSSELET J.P.
La forme pseudo-goutteuse de la polyarthrite chronique rhumatismale.
Rev. Lyon. de Med. 1962, 12, 543 - 557

39.- RINCENT Roger
Recherches sur l'uricémie normale et pathologique.
Mémoire C.E.S. Rhumatologie - 1961

40.- ROPES M.W. - JACOX R. - JESSAR R.A. - BENNETT G.A. et COBB S.
1958 revision of diagnostic criteria for rheumatoid arthritis
Arth. and Rheum., 1959, 2, 16 - 20 - 40

41.- ROSSELET J.P.
Les polyarthrites chroniques évolutives pseudo-goutteuses.
Thèse Lyon 1960 - 68 p. Pelissier Edit.

42.- ROTES QUEROL J. - RODRIGUEZ CASTRO
La gota en la mujer
Rev. Espt. Reum., 1959, 8, 75

43.- ROTES QUEROL J. - CASALS PUNTI S. - BERNAT CRESPI P.
Estudio clinico sobre la gota basado en el analisis de 145 observaciones.
1960, IIIe Jornn. Reum. Esp., 1 vol, 388 p. Editoria Scientia Barcelona

44.- RUFFIE R. - FOURNIE A.
Syndrome humoro-biologique de la goutte.
Rhumatologie 1962 , 14, 95 - 108

45.- RUFFIE R. - FOURNIER A. - CARBONNE M.
La goutte féminine
Sem. des Hôp., 1962, 438, 2776 - 2784

46.- RYCKEWAERT A.
Les tophus goutteux
Rhumatologie 1962, 14, 25 - 33

47.- SAVEL J.
Résultats obtenus et problèmes soulevés par la détermination de l'uricémie par l'uricase.
Ann. de Biol. Clin., Paris 1960, 61, 69

48.- SERANE J.
Sur la goutte à symptomatologie rhumatismale
Press Med. 1953, 61, 504 - 505

49.- SERRE H.
A propos du diagnostic et du traitement des formes pseudo-rhumatismales de la goutte.
Rhumatologie 1957, 9, 229 - 231

50.- SERRE H. - SIMON L. - GIVAUDAND A. - BENAMARA M.
La radiographie systématique du pied au cours des syndromes polyarticulaires chroniques inflammatoires.
Rev. Rhum. 1961, 28, 394 - 402

51.- SEZE S. de - ORDONNEAU P. - DJIAN P.A.
Les aspects radiologiques de la goutte.
in Congrès de Vittel - 1 vol. 400 pg - Berger Levrault edit 1954

52.- SEZE S. de - RYCKEWAERT A.
Polyarthrite chronique évolutive in maladie des os et des articulations.
1954 - 1 vol. Flammarion edit.

53.- SEZE S. de - AUQUIER L.
La goutte.
Histoire de la Médecine 1956, 10, 34 - 45

54.- SEZE S. de - RYCKEWAERT A.
Les rhumatismes articulaires inflammatoires.
1957, 1 vol. 246 p. Baillière Edit. Paris

55.- SEZE S. de - RYCKEWAERT A.
Connaissance de la goutte à travers les âges.
Sem. Hôp. Paris, 1958, 34, 1368 - 1376

56.- SEZE S. de - RYCKEWAERT A.
La goutte.
1960, 1 vol. 268 pages - Expansion Edit. Paris

57.- SEZE S. de - RYCKEWAERT A. - KAHN M.F.
Les polyarthrites rhumatoïdes séro-négatives.
Sem. Hôp. Paris 1962, 38, 3499 - 3504

58.- SHORT C.L., BAUER W.-REYNOLDS W.E.
Rheumatoïd arthritis
1957, 1 vol. Harvard Univ. Press. Cambridge (U.S.A.)

59.- TALBOT J.H.
Gout and gouty arthritis
1953, 1 vol. Grune et Stratton New-York

60.- THIERS H.
Début d'une polyarthrite généralisée et déformante par une fluxion du gros orteil d'allure goutteuse.
Arch. de Rhum. 1944, 5, 27 - 28

61.- URO J. - PARIENTE Ph.
Le pied dans la Polyarthrite chronique évolutive.
Le Rhumatisme 195 , 1 vol. 509 pages - Expansion Edit. Paris

62.- VALETTE, SAVEL J. - TARD A.M.
Valeurs comparées de l'uricémie déterminée par oxydation chimique ou enzymatique ; choix d'une méthode en fonction du diagnostic et de la thérapeutique mise en oeuvre.
Ann. de Biol. Chim. , Paris 1958, 16, 217 - 232

63.- VERHAEGUE A. - LEMAITRE G. - LEBEURRE R.
L'intérêt de la radiographie de l'avant-pied dans la Polyarthrite chronique évolutive.
Lille Medical 1963, 6, 1101 - 1103

64.- VIGNON G. - LEJEUNE E. - GUEYFFIER H.
Aspects cliniques de la goutte articulaire
in la Goutte. 34e Congrès F. Med. Lyon 1963 1 vol. 344 p.
Masson Edit. Paris

65.- WEIL M.P.
Le rhumatisme goutteux
Sem. Hop. Paris 1949 - 25, 1851 - 1856

66.- WEIL M.P. - SERINE J.
Nouvelles observations de Rhumatisme goutteux.
Rev. du Rhum. 1952, 19, 741 - 743

67.- WEISS T.E. - SEGALOFF A.
Gouty arthritis and gout.
1959, 1 vol. 221 p. Thomas Edit Springfield (U.S.A.)

68.- WEISSENBACH R.J. - FRANÇON F. - TRUCHOT P., ROBERT P.
Le pied hérissé de la goutte.
in Congrès de la Goutte et de l'acide urique 1935, 1 vol. 653 p.
Coulonma Edit.

69.- WELFLING J. - KAHN M.F.
Diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte.
Rev. du Prat. 1962, 12, 1411 - 1419

70.- ZACHAU - CHRISTIANSEN B.
Variation of serum auric acid during 24 hours and from day to day.
J. Clin. Lab. Invest. 1937, 9, 44 - 248

nnnnnnnn

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90